

2. Grundlegende Aspekte der Pflege alter Menschen in Alteneinrichtungen

Um die Art und Weise nachvollziehen zu können, wie sich Kommunikation von und mit alten Menschen in Alteneinrichtungen gestaltet, ist es wichtig, zunächst das Leben in diesen Einrichtungen, aber auch die Situation der PflegerInnen näher zu betrachten, da diese Umstände den situativen Kontext der Kommunikation bilden. Aus diesem Grund soll im folgenden Kapitel die allgemeine Situation dargestellt werden, in der sich die alten Menschen und ihre BetreuerInnen jeweils befinden. Dabei werde ich zwei zentrale Formen von Alteneinrichtungen explizit herausgreifen, denen aufgrund eines besonders engen Kontaktes zwischen den alten Menschen und ihren BetreuerInnen besondere Bedeutung zukommt und die deshalb auch Forschungsgegenstand meiner Studie waren, nämlich das Altenheim und die Altentagespflege. Andere Formen wie z. B. Altenwohnheime unterscheiden sich z. T. grundlegend von diesen beiden Gruppen, etwa durch größere Eigenständigkeit der BewohnerInnen, die hier oft noch zu einer eigenen Haushaltsführung in der Lage sind, und sollen deshalb nicht weiter erörtert werden. Da die Situation alter Menschen in Alteneinrichtungen und ihrer BetreuerInnen auch in den von mir geführten Interviews mit PflegerInnen, die das Korpus meiner empirischen Studie darstellen, immer wieder angesprochen wurde, werde ich mich an dieser Stelle auf die Darstellung einiger zentraler Aspekte beschränken, die die jeweilige Hintergrundsituation näher beleuchten können.

2.1 Die Situation alter Menschen in Alteneinrichtungen

2.1.1 BewohnerInnen von Altenheimen

Wie im ersten Kapitel bereits deutlich wurde, steigt mit zunehmendem Lebensalter auch die Gefahr, an ernsten, chronischen Leiden zu erkranken, die eine eigenständige Lebensführung unmöglich machen, so dass der Betroffene dauerhaft auf Hilfe angewiesen ist. Wenn ein alter Mensch jedoch nicht mehr in der Lage ist, sich selbst zu versorgen, und auch niemand aus seinem sozialen Netzwerk sich um ihn kümmern kann, weil z. B. keine Angehörigen mehr vorhanden sind, sie die Pflege aus beruflichen oder anderen Gründen nicht übernehmen können oder damit auf Dauer überfordert sind, wird häufig ein Umzug ins Altenheim unumgänglich.

Die Rolle des Altenheims gewinnt dabei insgesamt betrachtet immer mehr an Bedeutung, weil die Zahl der alten Menschen in der Gesellschaft, gerade auch der Hochaltrigen, aufgrund der demographischen Entwicklung immer weiter zunimmt und sie zugleich auch verstärkt unter Krankheiten – zu denken ist hier sowohl an somatische Krankheiten als auch an Demenzerkrankungen – leiden, so dass es letztlich auch immer mehr Pflegebedürftige geben wird (Linden et al., 1996; Koch-Straube, 2003). So stellten Linden et al. (1996) im Rahmen der Berliner Altersstudie fest, dass etwa 20% der über 65jährigen auf Hilfeleistungen im Haushalt oder auf Pflege angewiesen sind, was umgekehrt allerdings bedeutet, dass eine große Mehrheit von ihnen ein eigenständiges Leben führen kann. 68% der auf Hilfe Angewiesenen leben zu Hause und werden von Angehörigen, ambulanten Pflegediensten oder beiden gemeinsam betreut. Insbesondere Hochaltrige leiden jedoch oft unter mehreren Erkrankungen zugleich, was besonders große Einschränkungen mit sich bringt und oft ein eigenständiges Leben unmöglich macht, wobei das kritische Alter, ab dem die Hilfsbedürftigkeit insgesamt drastisch zunimmt, bei 80 Jahren liegt. Ab diesem Alter steigt auch die Zahl der Menschen, die im Altenheim leben, allmählich an, so dass schließlich 37% der ab 95jährigen im Heim leben. Zudem besteht, wie in Abschnitt 1.1 bereits gezeigt wurde, mit zunehmendem Lebensalter auch ein größeres Risiko, an einer Demenz zu erkranken, so dass es auch einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen den einzelnen Faktoren gibt. Aus diesem Grund nimmt auch die Zahl der Hochaltrigen und der Pflegebedürftigen – gerade auch der Demenzerkrankten – in Altenheimen kontinuierlich zu (Linden et al., 1996). Jakob et al. (2002) stellten fest, dass etwa jeder zehnte Bewohner eines Altenheims unter einer Demenzerkrankung leidet; in Pflegeheimen sind es sogar zwei Drittel der BewohnerInnen, und insgesamt werden in Heimen etwa viermal so viele Demenzkranke versorgt wie in Privathaushalten. Dies bedeutet also, dass sich in Altenheimen der Schwerpunkt von einer „Einrichtung zur Verpflegung und Betreuung alter Menschen, die nicht oder nur in geringem Maße pflegerische Versorgungsleistungen benötigen“ (Koch-Straube, 2003, S. 433) mehr und mehr auf den pflegerischen Aspekt verlagert. Ein weiterer zentraler Aspekt liegt darin, dass auch noch in der heutigen Zeit in Altenheimen wesentlich mehr Frauen als Männer leben (Jakob et al., 2002; Koch-Straube, 2003)². Auch ein großer Teil der Pflegekräfte ist weiblich; männliche Pfleger sind nach wie vor in der Minderheit.

Der Einzug in ein Altenheim stellt für einen alten Menschen ein einschneidendes Erlebnis dar, das eine völlige Veränderung seiner bisherigen Lebensumstände bedeutet (Wirsing, 1987;

² Auf die Hintergründe dieses Phänomens werde ich im Rahmen meiner empirischen Studie noch näher eingehen, da es auch von mehreren meiner InterviewteilnehmerInnen aufgegriffen wurde.

Krebs-Roubicek, 1990; Knobling, 1993; Koch-Straube, 2003). Zunächst einmal muss der Betroffene sein vertrautes Umfeld verlassen, das einen wesentlichen Aspekt seines bisherigen Lebens darstellt und deshalb oft auch in enger Beziehung zu seiner Identität und seinem Selbstbild steht. So verliert er nicht selten wesentliche Bestandteile seines sozialen Umfelds, etwa den regelmäßigen, engen Kontakt mit Angehörigen, Freunden, Nachbarn und anderen Bezugspersonen, muss seine Wohnung aufgeben und viele seiner persönlichen Dinge zurück lassen – denn auch dann, wenn eigene Möbel ins Heim mitgenommen werden dürfen, was heutzutage häufig der Fall ist, muss sich der Heimbewohner trotzdem an die räumlichen Gegebenheiten des Heimzimmers anpassen und sich deshalb auf einige wenige Dinge beschränken (Koch-Straube, 2003) - und kann aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen viele Aktivitäten nicht mehr ausüben, die für ihn bisher von Bedeutung waren. Diese Deprivation (Krebs-Roubicek, 1990) kann eine große seelische Belastung bedeuten. Zudem kann sich der Verlust eines eigenständigen Lebens, das Gefühl, von nun an nicht mehr unabhängig und autonom leben zu können, sondern auf andere angewiesen zu sein, negativ auf das Selbstwertgefühl auswirken; Wirsing (1987) spricht in diesem Zusammenhang sogar von einem „Direktangriff auf das Selbst“ (S. 143).

Diese belastende Situation kann noch zusätzlich erschwert werden durch das Bewusstsein, dass der Umzug kaum noch rückgängig gemacht werden, sondern der alte Mensch wahrscheinlich den Rest seines Lebens im Heim verbringen wird (Wirsing, 1987; Koch-Straube, 2003), d. h., dass er, wenn er erst einmal im Heim lebt, gezwungen ist, sich mit dieser Situation abzufinden und sie zu bewältigen. Hinzu könnte noch der Umstand kommen, dass damit indirekt auch der Tod des alten Menschen impliziert wird, mit dem erst der Heimaufenthalt schließlich endet. So sieht Albrecht (1997) die Gefahr, dass „das Altenheim zum Sterbeheim zu werden (droht), das erst dann aufgesucht wird, wenn alle ambulanten und teilstationären Hilfen und Angebote (...) ausgeschöpft sind“ (S. X).

Die seelische Belastung beim Heimeinzug ist immer dann besonders groß, wenn dieser sehr plötzlich erfolgt, ohne dass der Betroffene genügend Zeit hatte, sich darauf vorzubereiten (Wirsing, 1987; Krebs-Roubicek, 1990). Dies kann z. B. der Fall sein, wenn eine abrupte Verschlechterung des Gesundheitszustandes eintritt, die den alten Menschen dauerhaft zum Pflegefall macht, wie etwa die Folgen eines Schlaganfalls oder eines schweren Sturzes, so dass er quasi von einem Tag auf den anderen kein eigenständiges Leben mehr führen kann, oder wenn Angehörige, die ihn bisher betreut haben, sich aufgrund veränderter Lebensumstände nicht mehr um ihn kümmern können. Wenn dann in dieser Situation der Umzug in ein Heim notwendig wird, ist dies oft für den Betroffenen mit großem

psychosozialen Stress verbunden (Wirsing, 1987; Krebs-Roubicek, 1990). Gerade eine solche plötzliche Umsiedlung ins Altenheim löst mitunter einen regelrechten Schock aus, der gravierende Folgen haben kann.

So kann es zu akuten Verwirrtheitsstörungen (Krebs-Roubicek, 1990) kommen, die dann ähnlich wie bei einer Demenzerkrankung zu Orientierungsstörungen führen, so dass der alte Mensch z. B. unvermittelt auf die Straße geht, ohne sich der damit verbundenen Gefahr bewusst sein, oder auf der Treppe stürzt, weil er sich in seiner neuen Umgebung nicht zurechtfindet (Jovic, 1990). Auch Wahnvorstellungen, Halluzinationen und sogar Suizidgefährdung kommen in diesem Zusammenhang vor. Im Gegensatz zu einer Demenz tritt ein solcher Verwirrheitszustand jedoch nur tage- oder stundenweise auf und bildet sich dann wieder zurück. Leidet der Betroffene aber tatsächlich unter einer Demenz, so kann diese sich durch die veränderten Lebensumstände verschlechtern, weil der alte Mensch sich nun dauerhaft in einer ihm fremden Umgebung befindet und mit MitbewohnerInnen zusammen lebt und von PflegerInnen betreut wird, die ihm möglicherweise aufgrund der demenzbedingten Gedächtnisstörungen fremd bleiben.

Die Menschen im sozialen Umfeld des Betroffenen, also in erster Linie die PflegerInnen, aber auch Angehörige, Freunde und andere wichtige Bezugspersonen, können jedoch erheblich dazu beitragen, einen solchen psychosozialen Schock zu vermeiden oder zu mildern (Jovic, 1990), indem sie eine Atmosphäre von Vertrauen schaffen und auf den Betroffenen und seine Perspektive und Vorstellungen eingehen. Wenn er sich auf diese Weise ernst genommen und akzeptiert fühlt, kann ihm dies helfen, sich im Heim einzuleben.

Viele alte Menschen, die neu in ein Altenheim kommen, entwickeln aufgrund der extremen Belastung Schutzmechanismen, die ihnen helfen sollen, mit ihrer neuen Situation umzugehen, wenn eine Akzeptanz ihnen nicht möglich ist, und dadurch zugleich ihr Selbstwertgefühl zu bewahren (Wirsing, 1987). So klammern sie sich z. B. eng an vertraute Personen, Dinge oder Gewohnheiten, die eine direkte Verbindung zu ihrem früheren Leben darstellen. Dieses Verhalten, das dazu beitragen soll, wesentliche Aspekte der eigenen Identität und zumindest eine teilweise Unabhängigkeit zu bewahren, wird nicht selten als Altersstarrsinn missverstanden und verstärkt dann das entsprechende Stereotyp. Auch Regression, d. h. das Zurückfallen in scheinbar kindliche Verhaltensweisen, kann einen solchen Schutzmechanismus darstellen. Der alte Mensch gibt dann seine Selbstverantwortung vollständig an die Pflegekräfte ab und nimmt eine passive Rolle ein, was dazu führen kann, dass er auch auf aktivierende Pflege nicht reagiert, also auf eine Form der Pflege, die ihn anregen soll, bestimmte Handlungen wie z. B. das Ankleiden ganz oder teilweise selbst

durchzuführen und sich somit ein Stück Selbstständigkeit zu bewahren (Koch-Straube, 2003). So berichtet die Autorin von einer Heimbewohnerin, die die Pflegerin fragt, warum sie sich denn selbst die Strümpfe anziehen müsse. Regression kann somit das Stereotyp vom Alter als der „zweiten Kindheit“ verstärken; zugleich kann sie dazu führen, dass dem alten Menschen bislang noch erhaltene Fähigkeiten allmählich verloren gehen, weil sie nicht mehr genutzt werden. Verdrängung, Egozentrität und Aggressivität können weitere Schutzmechanismen darstellen.

Doch auch wenn der alte Mensch sich schließlich mit seiner Situation abgefunden und sich im Heim eingelebt hat, kann es noch zu einer ganzen Reihe von Konfliktsituationen kommen. Zunächst einmal ist hier der Umstand zu nennen, dass die Privatsphäre der HeimbewohnerInnen stark eingeschränkt ist (Knobling, 1993; Koch-Straube, 2003). Die Verringerung der Kontakte zu bisher wichtigen Bezugspersonen und die Notwendigkeit, viele persönliche Dinge aufzugeben, wurden oben bereits angesprochen. Hinzu kommt, dass der alte Mensch sich an die im Heim geltenden Regelungen, wie z. B. feste Essenszeiten, bestimmte Zeiten der Grundpflege oder gemeinsamer Aktivitäten, anpassen muss, die mit seinen persönlichen Gewohnheiten nicht immer überein stimmen werden. Wenn die BewohnerInnen nicht in Einzelzimmern, sondern in Zwei- oder sogar Mehrbettzimmern untergebracht sind, muss er sich zudem mit dem Zimmergenossen arrangieren, der in der Regel zunächst einmal ein Fremder ist³. Die alten Menschen im Heim leben in einer Gemeinschaft zusammen, die zufällig entstanden ist; sie können sich ihre MitbewohnerInnen nicht aussuchen. Durch dieses enge Zusammenleben von Menschen, deren einzige Gemeinsamkeit unter Umständen darin liegt, dass sie sich in einer ähnlichen Situation und der gleichen Umgebung befinden, steigt die Gefahr, dass es unter ihnen zu Streitigkeiten und anderen Konflikten kommt, eine Situation, die durch eine Demenzerkrankung noch weiter verschärft werden kann, weil hier das Verhalten des Betroffenen mitunter schwer vorhersehbar ist. Die Beziehung der BewohnerInnen zueinander bleibt somit häufig distanziert; so stellt etwa Koch-Straube (2003) fest, dass es in dem von ihr untersuchten Pflegeheim unter den BewohnerInnen nur wenige Freundschaften gibt. Aber auch die Beziehung zum Pflegepersonal kann von Konflikten geprägt sein, etwa wenn Missverständnisse entstehen, die nicht rechtzeitig geklärt werden, der Bewohner eine pflegerische Maßnahme ablehnt, die aus der Sicht der Pflegekraft notwendig ist, oder es bei

³ Dieses Problem besteht in den von mir im Rahmen meiner Studie besuchten Altenheimen nicht, da dort alle allein stehenden BewohnerInnen in Einzelzimmern untergebracht und Doppelzimmer ausschließlich für Ehepaare vorgesehen sind.

einem Bewohner aufgrund einer Demenzerkrankung häufiger zu aggressiven Reaktionen kommt.

Zu der oft bereits rein äußerlich schwierigen Situation der HeimbewohnerInnen kommt somit nicht selten soziale Isolation hinzu. Viele alte Menschen in Pflegeheimen haben keine direkte Bezugsperson und finden keinen Ansprechpartner, wenn sie ein konkretes Anliegen haben oder etwas auf ihrer Seele lastet. Das Pflegepersonal ist für ein ausführlicheres Gespräch mit den BewohnerInnen oft zeitlich zu stark eingespannt, wie in Abschnitt 2.2 noch deutlich werden wird, Kontakte mit MitbewohnerInnen bleiben häufig oberflächlich oder sind mit Konflikten belastet, und Besuche von Angehörigen sind mitunter ebenfalls mit Konflikten belastet oder kommen zu selten vor (Koch-Straube, 2003). Gerade die Angehörigen als direkte Bezugspersonen werden dann von dem alten Menschen oft sehr vermisst, was ihn ebenfalls in eine seelische Krise stürzen kann.

Bei Pflegebedürftigkeit kommt der Umstand hinzu, dass die eigene Hilflosigkeit als äußerst belastend erlebt werden kann, nicht nur deshalb, weil oft grundlegendste Handlungen wie Essen oder Körperpflege nicht mehr selbstständig durchgeführt werden können, sondern auch, weil die alten Menschen mitunter längere Zeit auf Hilfe warten müssen, wenn im Augenblick alle Pflegekräfte stark eingespannt sind (Koch-Straube, 2003). Aber auch wenn nicht der Heimbewohner selbst, sondern sein Zimmergenosse pflegebedürftig ist, kann dies für ihn zu belastenden Situationen führen, zum einen deshalb, weil er dessen Leiden unmittelbar mit ansieht, zum anderen durch die Umstände der Pflege, etwa durch nächtliche Unruhe, wenn der Zimmergenosse Nachts Hilfe braucht.

Um die Eintönigkeit eines immer gleich bleibenden Tagesablaufs zu vermeiden, werden für die noch relativ mobilen BewohnerInnen, also solche, die nicht bettlägerig sind, häufig verschiedene Gruppenaktivitäten angeboten, wie z. B. Leserunden, Gymnastik oder Ausflüge (Koch-Straube, 2003). Sie werden von den BewohnerInnen oft als sehr positiv erlebt, weil sie ihnen Anregung bieten, Abwechslung bringen und sie vorübergehend aus ihrer ansonsten eher passiven Rolle herausholen. Zugleich können sie dazu beitragen, dem Tagesablauf eine erweiterte Struktur zu geben, so dass die Aufmerksamkeit der alten Menschen nicht nur auf Alltägliches wie etwa die gemeinsamen Mahlzeiten fixiert ist, wie dies ansonsten häufig der Fall ist.

Wenn es dem Heimbewohner schließlich im Laufe der Zeit jedoch gelingt, sich mit seiner Situation abzufinden, gelangt er nicht selten zu einem Zustand der Zufriedenheit. So stellte Albrecht (1997) fest, dass die von ihm befragten Heimbewohnerinnen – an seiner Studie nahmen ausschließlich Bewohnerinnen teil, woran wiederum die gravierende Überzahl von

Frauen in Altenheimen deutlich wird - mit ihren Lebensumständen, d. h. sowohl mit ihrem Leben im Heim als auch mit ihrem Gesundheitszustand, relativ zufrieden waren, wobei der Gesundheitszustand das entscheidende Kriterium war. So war die Lebenszufriedenheit der Heimbewohnerinnen bei relativ gutem Gesundheitszustand höher, bei schlechterem geringer. Auch wenn es sich dabei eher um eine resignierende Form von Zufriedenheit handelt – objektiv betrachtet, verschlechtert sich der Gesundheitszustand der alten Menschen im Laufe der Zeit, und das Heim stellt auch keinen echten Ersatz für das frühere Zuhause dar (Albrecht, 1997) – ist sie doch ein Zeichen dafür, dass alte Menschen in Altenheimen ihre Situation nicht durchweg negativ sehen, sondern ihr auch positive Aspekte abgewinnen können.

2.1.2 BesucherInnen einer Altentagespflege

Völlig anders stellt sich die Situation in der Altentagespflege dar, denn hier handelt es sich um eine teilstationäre Einrichtung (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1990), deren Ziel darin liegt, pflegebedürftige alte Menschen tagsüber zu betreuen, während sie ansonsten in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können und dort von Angehörigen bzw. ambulanten Pflegediensten, oft auch beiden gemeinsam, versorgt werden. Die Tagespflege steht somit von ihrer Funktion her gewissermaßen in der Mitte zwischen häuslicher Pflege und Heim. Sie soll zum einen dazu dienen, pflegende Angehörige tagsüber zu entlasten, zum anderen dazu, den alten Menschen ihre Eigenständigkeit so weit zu erhalten, dass ein Umzug ins Heim mit all seinen psychischen Risiken vermieden werden kann. Weil die alten Menschen hier grundsätzlich in ihrem vertrauten Umfeld bleiben können und lediglich tagsüber außer Haus sind, sind sie dem oben geschilderten psychosozialen Stress, der durch den Umzug entsteht, nicht ausgesetzt, so dass ihre seelische Belastung weitaus geringer ist. Dies könnte wiederum dazu führen, dass der alte Mensch einer Betreuung in der Tagespflege als Alternative zum Heim positiver gegenüber steht und sie eher akzeptiert.

Dadurch, dass sie es dem alten Menschen ermöglicht, in seiner vertrauten Umgebung zu bleiben, trägt die Tagespflege zugleich auch dazu bei, die Altenheime bei der arbeitsintensiven Betreuung Pflegebedürftiger zu entlasten (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1990). Der Schwerpunkt bei der Betreuung liegt stärker als im Heim auf den Bereichen der Aktivierung und Rehabilitation, um die noch vorhandenen Fähigkeiten des alten Menschen zu erhalten und wenn möglich zu verbessern, sowie im sozialen Bereich. Von einer Altentagesstätte wiederum unterscheidet die Tagespflege sich dadurch, dass, wie im Namen

bereits ausgedrückt, nur Pflegebedürftige aufgenommen werden (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1990), während die Tagesstätte eine Begegnungsstätte für noch relativ rüstige alte Menschen ist⁴ (Lambert, 1997).

Die Tagespflege richtet sich individuell nach den Bedürfnissen ihrer BesucherInnen und kann deshalb relativ flexibel genutzt werden (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1990). So ist eine Betreuung von einigen Tagen pro Woche bis ganzwöchig an den Werktagen möglich, je nach der häuslichen Situation der BewohnerInnen. Aber auch an Wochenenden kann oft die Betreuung dadurch sichergestellt werden, dass viele Einrichtungen mit einem Sozialdienst zusammenarbeiten, der an diesen Tagen die Betreuung übernimmt, z. B. dann, wenn der alte Mensch allein lebt (Limbrock, 1992). Um die Erreichbarkeit der Tagespflege für den Besucher zu sichern, gibt es jeweils einen Fahrdienst (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1990). Die Nutzungsdauer der Tagespflege ist individuell verschieden. Die Betreuung kann z. B. kurzzeitig angelegt sein, etwa dann, wenn jemand nach einem Krankenhausaufenthalt zunächst rehabilitative Betreuung braucht, um anschließend wieder ein selbstständiges Leben zu führen; sie kann sich aber auch über Jahre erstrecken, ggf. sogar bis zum Tod des Betreuten. Aus diesem Grund gibt es unter den BesucherInnen oft eine hohe Fluktuation (Terres, 1992). Mitunter kommt es auch vor, dass der gesundheitliche Zustand des alten Menschen sich im Laufe der Zeit so weit verschlechtert, dass schließlich doch noch eine Unterbringung im Heim nötig wird, obwohl diese ursprünglich nicht vorgesehen war.

Der Besuch einer Tagespflege ist für eine relativ große Gruppe alter Menschen geeignet (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1990). So gibt es unter den Tagesgästen z. B. Menschen mit eingeschränkter Mobilität oder solche, die unter den Folgen einer schweren Krankheit, wie z. B. eines Schlaganfalls, leiden. Auch Menschen, die schwere Schicksalsschläge erlitten haben wie z. B. den Verlust des Ehepartners, oder unter sozialer Isolation leiden, und ihre Situation allein nicht meistern können, werden aufgenommen und erhalten ggf. eine Therapie. Psychiatrisch Erkrankte werden ebenfalls in der Tagespflege betreut. Ihr Anteil liegt insgesamt sehr hoch; mehr als 40% der Tagesgäste leiden an Verwirrung, Demenz, Depressionen, Ängsten oder Wahnvorstellungen (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1990). Auch solche psychischen Veränderungen, die durch Hospitalisierung oder Institutionalisierung entstehen können und wie sie in Abschnitt 2.1 im Zusammenhang mit

⁴ Die Terminologie ist insgesamt recht uneinheitlich. So gibt es neben der Bezeichnung „Tagespflege“ unter anderem auch die Bezeichnungen „Tagespflegeheim“, „Altentagesheimstätte“, „Tagesheim“, „Seniorentagesstätte“ oder „Tageshospiz“ (Uhl, 1992). Da einige der Begriffe leicht mit anderen Formen der Altenbetreuung zu verwechseln sind, wie etwa „Seniorentagesstätte“, werde ich im Folgenden die Bezeichnung „Tagespflege“ verwenden, bei der der wesentliche Aspekt „pflegerische Betreuung tagsüber“ deutlich wird und zugleich eine klare Abgrenzung zum Altenheim erfolgt.

einer Heimeinweisung beschrieben wurden, können in der Tagespflege therapiert werden. Oft können auch Suchtkranke, wie z. B. Alkoholabhängige, aufgenommen werden; dies ist jedoch nicht in allen Einrichtungen möglich und variiert von Fall zu Fall.

Es gibt bei der Aufnahme von Tagesgästen noch einige weitere Einschränkungen. Die Altersspanne reicht in der Regel von 60 Jahren an aufwärts; jüngere Menschen werden in der Tagespflege nicht betreut (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1990). Auch muss ein bestimmter Grad an Hilfsbedürftigkeit gegeben sein; rüstige alte Menschen, die noch ein vollständig eigenständiges Leben führen können und keinerlei Hilfe benötigen, werden ebenfalls nicht aufgenommen. Für sie gibt es andere Angebote der Altenbetreuung wie z. B. die Tagesstätte. Auch schwere Pflegefälle, die fast völlig immobil sind, wie z. B. Bettlägerige, können nicht betreut werden, da eine solche intensive Pflege nur im Alten- oder Pflegeheim geleistet werden kann. Die Betreuung von Menschen mit sehr schweren psychischen Störungen oder extremer, demenzbedingter Desorientierung ist im Rahmen der Tagespflege ebenfalls nicht möglich, nicht zuletzt deshalb, weil in der Tagespflege die Gruppenarbeit einen breiten Raum einnimmt, die durch solche PatientInnen zu leicht gestört werden könnte.

Die Angebote der Tagespflege sind vielfältig und richten sich gezielt nach den individuellen Bedürfnissen der BesucherInnen⁵. Einer der Schwerpunkte liegt auf der sozialen Betreuung, die in Form von Gruppenaktivitäten stattfindet wie z. B. gemeinsame Mahlzeiten, Gymnastik, Spiele- und Leserunden, Malen u. ä. Daneben wird auch Hilfestellung beim Essen oder bei der Körperpflege geleistet, so etwa beim Waschen und Ankleiden, wenn dies dem Tagesgast allein nicht möglich ist. Ein weiterer Schwerpunkt liegt, wie oben bereits angedeutet, auf der Erhaltung und Aktivierung der individuellen Fähigkeiten. So kann jemand angeleitet werden, sich wieder selbstständig zu waschen und anzukleiden; jemand, der unter eingeschränkter Mobilität leidet, kann ein Mobilitätstraining, z. B. Ergotherapie, erhalten oder jemand, der eine Diät einhalten muss, zu deren Durchführung angeleitet werden. Diese Aktivitäten können als Einzel- oder auch als Gruppentraining stattfinden, wo sie oft aufgrund der gegenseitigen Motivation besonders erfolgreich sind (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1990). Bei Menschen mit Orientierungsstörungen wird der Schwerpunkt besonders auf die Tagesstrukturierung gelegt, so dass sie sich insgesamt leichter zurechtfinden können. Wenn nötig, erhält der Tagesgast auch therapeutische Betreuung, etwa wenn er unter Depressionen leidet. Schließlich spielt auch die Angehörigenarbeit eine wichtige Rolle. Gerade die Angehörigen des Tagesgastes sind wichtige Bezugspersonen, mit denen eng

⁵ Auch dieses Thema wird im Rahmen der empirischen Studie noch ausführlich zur Sprache kommen, so dass ich mich an dieser Stelle auf einige kurze Ausführungen beschränken möchte.

zusammengearbeitet wird. Dadurch wird zum einen sichergestellt, dass der alte Mensch das für ihn individuell passende und nötige Ausmaß an Pflege und Betreuung erhält, zum anderen wird die Beziehung zum Tagesgast und seiner Familie gefördert, was eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Betreuung darstellt. Auf die große Bedeutung gerade der Beziehungsebene werde ich im Rahmen meiner empirischen Studie noch ausführlich eingehen.

2.2 Die Arbeitsbedingungen der PflegerInnen in Altenheim und Altentagespflege

2.2.1 PflegerInnen im Altenheim

Dass sich der Schwerpunkt des Arbeitsfeldes im Altenheim von der Verpflegung alter Menschen und ihrer Betreuung im eigentlichen Sinn immer mehr auf die reine Pflege Tätigkeit verlagert, wie oben bereits ausgeführt wurde, wirkt sich auch auf die Rolle der AltenpflegerInnen aus, die dadurch von BetreuerInnen der alten Menschen zu ausgesprochenen PflegerInnen werden. Da gerade die Situation der AltenpflegerInnen im Rahmen der nachfolgenden empirischen Studie noch ausführlich erörtert werden wird, werde ich an dieser Stelle nur kurz darauf eingehen, um Überschneidungen zu vermeiden.

Zum einen bringt die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen eine Vielzahl verschiedener Tätigkeiten mit sich, die weit über die eigentliche Pflege hinausgehen. Koch-Straube (2003) nennt hier für das von ihr untersuchte Pflegeheim neben der eigentlichen elementaren Versorgung der alten Menschen, wie z. B. Körperpflege, Hilfe beim Essen oder bei der Fortbewegung, auch solche Tätigkeiten, die zum hauswirtschaftlichen Bereich gehören, wie die hygienische Reinigung der Bewohnerzimmer, die Zubereitung des Essens oder die Versorgung der Wäsche. Auch die Organisation von Freizeitaktivitäten, wie z. B. gemeinsamen Spielen oder Ausflügen, liegt bei den Pflegekräften; zudem sind sie AnsprechpartnerInnen für die BewohnerInnen. Koch-Straube bezeichnet sie deshalb als „GesellschafterInnen“ (S. 117). Diese eigentliche betreuerische Tätigkeit kommt jedoch im Heimalltag aufgrund des Vorrangs der Pflege und der damit direkt zusammenhängenden Tätigkeiten, die einen breiten Raum einnehmen, oft zu kurz.

Die PflegerInnen arbeiten nach einem festen Dienstplan, der oft nur geringe zeitliche Spielräume lässt. In Dienstbesprechungen werden konkrete Pflegemaßnahmen für die einzelnen BewohnerInnen festgelegt. Die Betreuung der alten Menschen erfolgt schichtweise,

so dass sie rund um die Uhr versorgt sind, gerade auch in der Nacht, um auf diese Weise bei einem Notfall sofort reagieren zu können. Gerade Nachts ist die Gefahr, dass es zu Krisensituationen kommt, besonders groß (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1990). Der feste Plan führt jedoch häufig dazu, dass die PflegerInnen unter einem enormen Arbeitsdruck stehen und somit für den einzelnen Bewohner nur wenig Zeit bleibt. Zudem ist die Anzahl der PflegerInnen oftmals so gering, dass es dadurch zu weiteren Engpässen kommt.

Die Pflgetätigkeit selbst wird häufig sowohl physisch als auch psychisch als äußerst belastend empfunden. Zum einen ist sie bereits rein körperlich schwer, weil die alten Menschen bei der Pflege aufgrund ihrer Immobilität oft in keiner Weise mithelfen können, sondern völlig passiv bleiben, so dass die PflegerInnen für die Versorgung viel Körperkraft brauchen, mitunter sogar einen Bewohner nur zu zweit versorgen können (Koch-Straube, 2003). Zum anderen werden die Pflegekräfte häufig mit seelisch belastenden Situationen konfrontiert, etwa durch den Umgang mit Demenzerkrankten oder somatisch Schwerkranken und mit Sterbenden, und tragen zudem eine hohe Verantwortung, weil sie z. B. in einer Krisensituation rasch eine Entscheidung treffen müssen, die unter Umständen für den Bewohner lebenswichtig sein kann. Auf diese Aspekte werde ich ebenfalls im Rahmen der empirischen Studie noch näher eingehen. Diese enorme Belastung der Pflgetätigkeit führt dazu, dass viele Pflegekräfte ihren Beruf nur für kurze Zeit ausüben. Koch-Straube (2003) etwa beschreibt für das von ihr untersuchte Heim eine so hohe Fluktuation, dass ein Pfleger, der dort zum Zeitpunkt ihrer Studie seit vier Monaten arbeitete, bereits zu den MitarbeiterInnen gehörte, die dort am längsten tätig waren. Dies kann sich wiederum negativ auf die Beziehung zu den BewohnerInnen auswirken, die dadurch oft relativ oberflächlich bleibt oder, wenn eine engere Beziehung zustande kommt, durch den Weggang des Mitarbeiters abrupt wieder abgebrochen wird. Aber auch die KollegInnen untereinander bekommen so kaum engeren Kontakt. Somit ist die Beziehung der Pflegekräfte zu HeimbewohnerInnen und KollegInnen häufig auch von Distanz geprägt, was zusätzliche Belastungen schaffen kann. Im Vordergrund stehen die reine Pflgetätigkeit und die mit ihr unmittelbar verbundenen Tätigkeiten; die eigentliche Betreuung der alten Menschen hingegen kommt nicht selten zu kurz. Dies wird von den PflegerInnen selbst als unbefriedigend erlebt, doch haben sie kaum Spielraum, um etwas daran zu ändern. Auch an diesem Umstand, der ebenfalls noch ein zentrales Thema meiner Fallstudie bilden wird, zeigt sich der Wandel des Altenheims von einer Stätte, in der alte Menschen Betreuung und Zuwendung erfahren, hin zu einer Einrichtung, in der die reine Versorgung der BewohnerInnen gegenüber dem zwischenmenschlichen Aspekt notgedrungen im Vordergrund stehen muss.

2.2.2 PflegerInnen in der Altentagespflege

Auch diesem Aspekt kommt in der nachfolgenden Studie noch großes Gewicht zu, so dass er an dieser Stelle ebenfalls nur kurz gestreift werden soll.

Ähnlich wie die PflegerInnen im Altenheim haben auch die MitarbeiterInnen einer Tagespflege ein weites Aufgabenfeld, wie in Abschnitt 2.1.2 bereits sichtbar wurde. Allerdings unterscheiden sich die Tätigkeitsbereiche in beiden Einrichtungsformen deutlich voneinander. Der Umfang der reinen Pflege Tätigkeit und damit auch die körperliche Belastung der PflegerInnen ist in der Tagespflege geringer als im Heim, dafür kommen jedoch andere Bereiche wie die psychosoziale und ggf. auch therapeutische Betreuung, das Training der kognitiven Fähigkeiten oder die Ergotherapie hinzu, die zusätzliche Kenntnisse auf diesen Gebieten erfordern. Auch die Angehörigenarbeit hat einen höheren Stellenwert als im Heim, weil die Betreuung des Tagesgastes mit der häuslichen Pflege durch die Angehörigen abgestimmt werden muss. Somit erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen oder, wenn der Tagesgast keine Angehörigen mehr hat, mit dem Sozialdienst, der die häusliche Betreuung übernimmt (Limbrock, 1992). Oft können die Angehörigen auch wichtige Hintergrundinformationen liefern, die helfen können, ein bestimmtes Verhalten des Tagesgastes zu verstehen und ihm somit entsprechende Hilfe zu geben, wie etwa biographische Informationen (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1990). Gerade die Biographiearbeit stellt aus diesem Grund ebenfalls eine wichtige Form der psychosozialen Betreuung in der Tagespflege dar.

Dort, wo pflegerische Hilfe geleistet wird, steht der Aspekt von Aktivierung, Rehabilitation und Rückgewinnung der Eigenständigkeit im Vordergrund, der im Altenheim oft aus Zeitgründen zu kurz kommt. Das bedeutet jedoch zugleich, dass die BetreuerInnen insgesamt für den Einzelnen weitaus mehr Zeit zur Verfügung haben müssen als im Heim, wo ein strikter Zeitplan eingehalten werden muss, der oft eine intensive Betreuung des Einzelnen verhindert. Ermöglicht wird dies dadurch, dass neben der Einzelbetreuung auch die Gruppenarbeit einen breiten Raum einnimmt, so dass der Tagesablauf insgesamt zeitlich entzerrt wird. Die Gruppenarbeit hat zugleich den Vorteil, dass die alten Menschen nicht nur Kontakt mit den BetreuerInnen, sondern auch mit AltersgenossInnen haben. Zusätzlich werden jeweils Tages- und Wochenpläne aufgestellt, um die zeitliche Gestaltung zu regulieren (Terres, 1992).

Diese Pflegeplanung ist gerade deshalb so wichtig, weil neben dem allgemeinen Tagesablauf auch den individuellen Bedürfnissen des einzelnen Tagesgastes Rechnung

getragen werden muss und zudem jeweils alle drei Tätigkeitsfelder, d. h. die pflegerische Versorgung, die Aktivierung und Rehabilitation und die psychosoziale Betreuung, ausreichend Raum erhalten müssen, um die ganzheitliche Betreuung leisten zu können, die das eigentliche Ziel der Tagespflege ist (Terres, 1992; Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1990). Dabei muss einerseits ein konkreter Plan für den einzelnen Tagesgast entwickelt werden, der genau auf die Betreuung abgestimmt ist, die er braucht, andererseits muss aber auch die Gruppenarbeit geplant und vorbereitet werden (Terres, 1992). Dies geschieht in der Regel mit Hilfe eines Wochenplans, der sich aus den drei Bereichen „Ganzgruppenaktivitäten“, „Interessengruppe“ und „Einzelförderung“ zusammensetzt (Terres, 1992, S. 10). Es muss also zum einen entschieden werden, welche Betreuungsangebote der Einzelne oder die Gruppe braucht, zum anderen, in welcher Form sie durchgeführt werden. So können einige der angebotenen Aktivitäten besonders gut mit allen Tagesgästen gemeinsam durchgeführt werden, wie etwa Gymnastik, Spaziergänge oder Ausflüge. Andere müssen sich an Interessengruppen wenden, wie z. B. Gedächtnistraining oder Spielerunden, die sich an die kognitiven Möglichkeiten des Einzelnen anpassen müssen und deshalb in der Regel kleinere Gruppen erfordern, die zur Vermeidung von Über- oder Unterforderung jeweils Aufgaben mit unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden erhalten. Einige der Aktivitäten schließlich müssen in Einzelarbeit durchgeführt werden, wie etwa Ergotherapie oder therapeutische Gespräche. Diese Betreuungsangebote werden dann in einem Wochenplan so angeordnet, dass insgesamt alle Bereiche abgedeckt sind und an einem Tag Aktivitäten aus mehreren verschiedenen Bereichen angeboten werden sowie Einzel- und Gruppenbetreuung sich abwechseln. Der Wochenplan muss jedoch zugleich flexibel genug sein, um plötzlich eintretende Veränderungen, wie z. B. einen verschlechterten Gesundheitszustand eines Tagesgastes oder das Hinzukommen neuer BesucherInnen, und ggf. auch die dadurch veränderte Gruppenkonstellation auffangen zu können. Anders als im Altenheim wird er also nicht starr eingehalten, sondern passt sich der jeweiligen Situation an.

Dies führt zunächst einmal dazu, dass der Arbeits- und Zeitdruck, unter dem die PflegerInnen im Altenheim oft leiden, in der Tagespflege aufgrund der größeren Flexibilität in dieser Form nicht gegeben ist. Auch steht hier der individuelle Aspekt stärker im Vordergrund, und die Beziehung und Kommunikation zwischen Tagesgästen und BetreuerInnen nimmt – allein schon durch die therapeutischen Gespräche – einen breiteren Raum ein. Andererseits sind die Anforderungen auch hier durch das breite Tätigkeitsfeld sehr hoch; es müssen eine ganze Reihe verschiedenster Aspekte berücksichtigt werden, und gerade der Umgang mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen und ihren Angehörigen kann

seelisch belastend sein. Dies ist ein weiterer Themenbereich meiner empirischen Studie, auf den ich später noch zurückkomme. Zugleich erfordert die flexible Vorgehensweise ein besonders hohes Maß an Aufmerksamkeit, um immer wieder von neuem die Bedürfnisse des Einzelnen, aber auch die Gruppendynamik zu erkennen und sich daran anzupassen. Von der Arbeitsintensität her ist also die Pflegetätigkeit in der Tagespflege vergleichbar mit derjenigen im Altenheim. Der wesentliche Unterschied liegt in der Ausprägung beider Formen der Altenbetreuung. Während im Heim oft notgedrungen der pflegerische Aspekt im Vordergrund steht, ist die Tagespflege von vornherein ganzheitlich orientiert und arbeitet auch enger mit dem Einzelnen zusammen. Auch deshalb ist eine gute, vertrauensvolle Beziehung zwischen Tagesgast und BetreuerIn sehr wichtig und damit auch die Kommunikation, denn sie macht einerseits einen wesentlichen Teil der Betreuung aus und kann zudem viel dazu beitragen, eine solche Beziehung zu fördern.

2.3 Die Situation der Angehörigen von HeimbewohnerInnen bzw. Tagesgästen

Neben den alten Menschen selbst und den PflegerInnen kommt bei der Altenarbeit oft auch den Angehörigen eine wichtige Rolle als Bezugspersonen und oft auch als Pflegende zu. Auch ihre Situation wird im Rahmen meiner Fallstudie noch ausführlich betrachtet. Grundsätzlich muss unterschieden werden zwischen Angehörigen von AltenheimbewohnerInnen und Angehörigen von Tagesgästen, denn ihre Situation und zum Teil auch ihre Rollen unterscheiden sich deutlich voneinander.

Angehörige von HeimbewohnerInnen

Wenn es sich aus einem der oben beschriebenen Gründe als nötig erweist, einen alten Menschen im Altenheim unterzubringen, ist dies oft auch für die Angehörigen eine belastende Situation. Nicht selten haben sie Schuldgefühle, weil es ihnen nicht bzw. nicht mehr möglich ist, selbst für ihren alten Angehörigen zu sorgen (Wertheimer, 1990; Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1990), der ihnen oft als Elternteil, EhepartnerIn, Großelternteil oder anderer enger Verwandter sehr nahe steht. So haben sie sich oft bei der häuslichen Pflege sehr engagiert, um schließlich feststellen zu müssen, dass die Pflege allmählich über ihre Kräfte geht oder nicht mehr ausreicht, weil sich der Zustand des Kranken verschlechtert und eine Steigerung der

Pflege ihnen nicht mehr möglich ist. Ein anschauliches Beispiel dafür gibt Klessmann (1999), die jahrelang ihre alzheimerkranke Mutter pflegte und dabei kaum Ruhe oder Zeit für sich selbst fand, weil die Mutter aufgrund ihrer starken Desorientierung praktisch rund um die Uhr betreut werden musste. Die Angehörigen haben dann unter Umständen das Gefühl, unfähig zur eigenständigen Bewältigung der Situation zu sein (Wertheimer, 1990), persönlich versagt zu haben und den alten Menschen ins Heim „abzuschieben“. Auch die Beziehung zum alten Angehörigen selbst kann darunter leiden, da dies mitunter auch von ihm so empfunden wird. Gerade dann, wenn der Heimeinzug für den alten Menschen sehr plötzlich und unvorbereitet erfolgt, kann er sich regelrecht „ausgetrickst“ und verraten fühlen (Knobling, 1993). Diese Gefahr könnte m. E. insbesondere auch dann bestehen, wenn der alte Mensch aufgrund einer Demenz seine Situation nicht mehr vollständig erfassen kann. Sie käme dann also gar nicht so selten vor, wenn man sich die hohe Zahl gerade Demenzkranker in Altenheimen vor Augen führt, wie sie oben bereits dargelegt wurde. Diese Situation ist dann für beide Seiten besonders schwer zu bewältigen: Der alte Mensch verliert unter Umständen – aus seiner Perspektive gesehen – eine wichtige Bezugsperson, und bei den Angehörigen verstärken sich möglicherweise die Schuldgefühle noch mehr. Hinzu kommt weiterhin, dass der Kontakt allein schon aufgrund der räumlichen Trennung nicht mehr so eng sein kann wie früher, was wiederum besonders bei einer guten Beziehung als belastend erlebt werden kann. Auch der Rollenwechsel, der durch die Pflegebedürftigkeit des alten Menschen eintritt, kann als problematisch empfunden werden, ein weiterer Aspekt, der im empirischen Teil dieser Arbeit noch deutlich werden wird, ebenso wie die große seelische Belastung der Angehörigen beim Umgang mit der schweren Erkrankung und schließlich dem Sterben des alten Familienmitglieds.

Auch Konflikte zwischen Angehörigen und Pflegepersonal können vorkommen, wenn z. B. die Angehörigen bei der Pflege mithelfen möchten und die Pflegekraft dies abblockt. So berichtet Koch-Straube (2003) von einer Ehefrau, die ihrem im Pflegeheim untergebrachten Mann beim Essen helfen möchte und von der Pflegekraft mit den Worten, das brauche sie nicht, das sei Aufgabe der PflegerInnen, daran gehindert wird. Die Hilfe der Ehefrau wird hier also als unnötig dargestellt; wenn man aber den oben beschriebenen Arbeitsdruck der PflegerInnen bedenkt, für die die Mithilfe der Angehörigen ja im Grunde eine Entlastung darstellen würde, könnte auch dahinter stehen, dass sie von der Pflegekraft als unwillkommene Einmischung in ihren Kompetenzbereich empfunden wird. In diesem Fall würden also Pflegekraft und Angehörige gegeneinander statt miteinander agieren, wodurch sich die Situation weiter zuspitzen kann. Wenn die Angehörigen, die ja für die

HeimbewohnerInnen oft sehr wichtig sind, von den PflegerInnen quasi als „Störenfriede“ empfunden werden, kann sich dies unter Umständen negativ auf die gesamte Atmosphäre im Heim auswirken.

Weitaus günstiger ist es, wenn eine konstruktive Zusammenarbeit von Angehörigen und Pflegepersonal erreicht werden kann. Wie oben ebenfalls bereits deutlich wurde, können die Angehörigen nicht nur für den Heimbewohner, sondern auch für das Pflegepersonal wichtige Bezugspersonen sein, indem sie z. B. Hintergrundinformationen geben, die die Perspektive des alten Menschen deutlicher machen. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (1990) schlägt vor, dass Angehörige von HeimbewohnerInnen, insbesondere von psychisch Kranken, ausdrücklich in die Betreuung mit einbezogen werden und sich aktiv an der Pflege beteiligen können, wenn sie dies möchten. Für diese Lösung spricht m. E., dass auf diese Weise zum einen mögliche Schuldgefühle der Angehörigen verringert werden können und sich zum anderen so auch die Beziehung aller Beteiligten untereinander verbessern lässt. Schließlich könnte sich durch die aktive Mithilfe der Angehörigen auch eine Entlastung des Pflegepersonals ergeben, da diesem ein Teil der Betreuung durch die Angehörigen abgenommen wird.

Angehörige von BesucherInnen einer Altentagespflege

Für die Betreuung alter Menschen in einer Tagespflege hingegen ist die Zusammenarbeit von Angehörigen und Pflegekräften besonders wichtig, wie oben bereits angedeutet wurde. Hier übernehmen die Angehörigen oft die gesamte häusliche Betreuung des alten Menschen, was sie häufig ebenfalls vor eine schwierige Situation stellt.

Zunächst einmal kann es ein Problem darstellen, dass viele pflegende Angehörige keine oder kaum pflegerische bzw. medizinische Vorkenntnisse haben und sich deshalb bei der häuslichen Pflege unsicher fühlen können (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1990). Gerade der Umgang mit psychisch Verwirrten kann für sie sehr schwierig sein, wenn sie nur wenig über das Krankheitsbild wissen, deshalb das veränderte Verhalten ihres Angehörigen nicht richtig einschätzen können und nicht wissen, wie sie damit umgehen sollen. So kann z. B. eine demenzbedingte Aggressivität des Kranken für sie besonders belastend sein und sich auch auf die Beziehung auswirken (Leinders, 1992). Diese Situation kann deshalb unter Umständen weitaus schwieriger sein als der Umgang mit einer rein somatischen Krankheit des Familienmitglieds (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1990), die zwar möglicherweise

intensive Pflege erfordert, bei der aber das Verhalten des Kranken „normal“ und für die Angehörigen nachvollziehbar bleibt.

Hinzu kommt, dass die Angehörigen von der Krankheit auch persönlich betroffen sind, denn sie sind ja keine Außenstehenden wie professionelle Pflegekräfte. Sie können deshalb oft auch keinen oder kaum inneren Abstand zu der Situation aufbauen, der sie unter Umständen vor allzu großer seelischer Belastung schützen könnte. Die Pflegetätigkeit ist für sie unmittelbarer Teil ihres Lebens, mit dem sie ständig von neuem konfrontiert werden. Auch die Beziehung zu dem Kranken spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle; so kann eine gute Beziehung die Situation erleichtern, eine eher angespannte sie aber erschweren. Problematisch kann auch der Rollenwechsel sein, der mit der häuslichen Pflege verbunden ist: Waren es bisher die Eltern, die Zuwendung und Hilfe gaben, so sind es nun die Kinder, die sich um einen mehr oder weniger hilflosen Elternteil kümmern und unter Umständen mit einer demenzbedingten Veränderung von Wesen und Verhalten umgehen müssen. Auch dies kann unter Umständen schwer zu bewältigen sein, ein Aspekt, der in der nachfolgenden Studie ebenfalls wieder aufgegriffen wird.

Hinzu kommt der Umstand, dass der gesundheitliche Zustand des zu Pflegenden sich in der Regel nicht mehr oder kaum noch verbessert, sich hingegen häufig weiter verschlechtert. Die Angehörigen klammern sich in dieser Situation oft an jede noch so geringe Hoffnung; selbst dann, wenn die Lage aussichtslos ist und sie dies auch wissen, verdrängen sie es oft (Terres, 1992). Auch versuchen sie oft, eine stationäre Versorgung des Kranken so lange wie möglich hinauszuschieben oder ganz zu verhindern, ein Anliegen, bei dem ihnen die Tagespflege von ihrer Ausrichtung her entgegen kommt. Dennoch lässt sich eine Verschlechterung der Situation nicht immer verhindern. Die empfundene eigene Hilflosigkeit trotz größten Engagements kann schließlich bei den pflegenden Angehörigen zu Erschöpfungszuständen und Depressionen führen (Wertheimer, 1990).

Dieser Zustand kann sich wiederum dadurch noch weiter verschärfen, dass das Privatleben der Angehörigen sich oft fast ausschließlich auf die Pflege konzentriert; für eigene Aktivitäten, aus denen sie neue Kraft schöpfen könnten, bleibt häufig keine Zeit mehr, und das Leben bleibt mehr oder weniger auf den häuslichen Bereich beschränkt (Leinders, 1992). So müssen etwa Demenzerkrankte im Grunde rund um die Uhr überwacht werden (Wertheimer, 1990), um sie z. B. vor Weglauftendenzen und anderem gefährdendem Verhalten zu schützen. Gerade auch nächtliche Unruhe der Kranken kann somit für die Angehörigen sehr belastend sein, da sie sich in diesem Fall auch Nachts kaum von den hohen Anforderungen der Pflege erholen können. Die ausschließliche Konzentration auf die Pflege

kann auch dazu führen, dass der Freundes- und Bekanntenkreis der pflegenden Angehörigen abnimmt (Leinders, 1992), weil Kontakte nicht mehr regelmäßig gepflegt werden können oder die Freunde sich zurückziehen (Wertheimer, 1990). Somit erfährt das Leben der Betroffenen oft eine weitere Reduzierung, so dass ihre Situation immer schwieriger wird: Die Pflege des kranken Familienmitglieds steht im Mittelpunkt; sie stellt aber hohe Anforderungen, die eigentlich durch regenerierende Aktivitäten aufgefangen werden müssten. Da dies oft nicht möglich ist, nimmt die Belastungsfähigkeit der Angehörigen allmählich ab, wodurch sich die Situation verschlechtert. Wenn sie zudem nicht mehr die Möglichkeit haben, sich mit Freunden auszusprechen, und sich allein gelassen fühlen, kann dies ihre seelische Belastung weiter erhöhen.

Die Tagespflege kann somit bereits durch die Betreuung selbst viel dazu beitragen, die Angehörigen zu entlasten. Darüber hinaus wird aber auch Angehörigenarbeit durchgeführt, um ihnen auch praktische Hilfe bei der Bewältigung ihrer Situation zu geben (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1990). So erhalten sie z. B., oft in Form von Angehörigenabenden, Hintergrundinformationen über die Krankheit ihres Familienmitglieds und darüber, welche Pflege- und Behandlungsmöglichkeiten es gibt, wie sie aktivierende Pflege durchführen können oder wie sie mit einem Verwirrten am besten umgehen. Es werden auch beratende Gespräche darüber angeboten, wie die emotionale Belastung verringert werden kann, so dass der Umgang mit der Situation den Angehörigen leichter fällt. Auch Notdienste und Hilfe in kritischen Situationen sowie Hilfe bei der Suche nach entlastenden Angeboten, wie z. B. ambulanter Pflege oder Sozialdiensten, werden angeboten. Manche Tagespflegeeinrichtungen bieten zudem Kurzzeitpflegeplätze an, in denen die Kranken für einige Tage oder Wochen untergebracht werden können, so dass die pflegenden Angehörigen sich vorübergehend eine Auszeit nehmen können, um sich zu regenerieren. Die enge Zusammenarbeit von Tagespflege und Angehörigen ist somit für beide Seiten vorteilhaft und kann viel dazu beitragen, die Pflege des alten Menschen optimal zu gestalten.